แบบ 7137

**ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกเงิน)**

 ตามหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลของ........................................ที่................./.................

ลงวันที่..................เดือน.........................พ.ศ. ................หรือเลขอนุมัติยืนยันการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล เลขที่................................รับรองการเข้ารับการรักษาพยาบาลของ................................................เลขประจำตัวประชาชน

 หรือเลขที่ประจำตัวประเภทอื่น.............................................

ได้มาขอรับการรักษาพยาบาลจาก....................................ตั้งแต่วันที่................เดือน.................................พ.ศ. .................

ถึงวันที่.............เดือน....................พ.ศ. ............. รวม ..................วัน ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | รายการ | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
| 1.2.34.56.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16. | ค่าห้อง/ค่าอาหารอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรคยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาลยากลับบ้านเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆอุปกรณ์ของและเครื่องมือทางการแพทย์ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญีค่าบริการทางการพยาบาลค่าบริการทางทันตกรรมลบริการทางกายภาพบำบัดบริการฝังเข็ม/การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆบริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล |  |  |  |
|  | รวมทั้งสิ้น |  |  |  |

 จำนวนเงิน.........(ตัวอักษร)..............บาท

ขอรับรองว่า ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่ขอเบิกตามคำขอเบิกเลขที่.................................................................................

(ลงชื่อ)........................................... (ลงชื่อ).................................................

(...................................................) (.........................................................

หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เจ้าหน้าที่การเงิน